UNIVERSITE DE PARIS VII
FACULTE DE MEDECINE XAVIER-BICHAT

2 3

Année 1975 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Henry OUAZAN
Né le 7 septembre 1948 à Paris (10e)

Présentée et soutenue publiquement le

FIXATION URETRO-VAGINALE DU LIGAMENT DE COOPER DANS LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT : INTERVENTION DE BURCH

Président de Thèse : Monsieur J.-L. LORTAT-JACOB (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS - 6e
1975

UNIVERSITE DE PARIS VII
FACULTE DE MEDECINE XAVIER-BICHAT

Année 1975 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Henry OUAZAN
Né le 7 septembre 1948 à Paris (10e)

Présentée et soutenue publiquement le

FIXATION URETRO-VAGINALE DU LIGAMENT DE COOPER DANS LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT : INTERVENTION DE BURCH

Président de Thèse : Monsieur J.-L. LORTAT-JACOB (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS - 6e
1975

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes parents,

Qu'ils soient ici remerciés pour
m'avoir permis de poursuivre
mes études.

Avec toute mon affection.

A Evelyn,

A qui je dois la mise en page de cette thèse.

Avec toute ma tendresse.

A Monsieur le Docteur M. DE L'HOMME,

et

A Monsieur le Docteur P. CHARLIER

A mes amis,

Monsieur Patrick CHARLIER,

Monsieur Gilbert COHEN ALORO,

Monsieur Jean-Marc NAIMAN,

Monsieur Bruno SORON,

Monsieur Jean TRAMALLONI,

avec lesquels j'ai poursuivi mes études.

A Messieurs les Docteurs :

Jean-François BERNARD,

Axel KAHN,

HAKIM.

A Madame le Docteur LUBETZKI

A Monsieur le Professeur Agrégé PAOLAGGI,

A Monsieur le Professeur Agrégé André BONIN.

A mes maîtres d'externat :

Monsieur le Professeur Charles DEBRE,

Monsieur le Docteur MACREZE,

Monsieur le Professeur BOIVIN,

Monsieur le Professeur TURIAF,

Monsieur le Professeur RUBENS DUVAL,

Monsieur le Professeur FAUVERT,

Monsieur le Professeur BENHAMOU.

A mon maître, Monsieur le Professeur J.M. MAY,

qui a bien voulu m'accueillir dans
son service pendant mes études
de radiologie.

Avec toute ma gratitude.

A mon maître, Monsieur le Professeur Agrégé A.MOULONGUET,

qui a bien voulu m'accueillir dans
son service pendant mon stage
interné et qui m'a donné l'idée
de cette thèse.

Qu'il soit ici remercié.

A Monsieur le Docteur Jean VERGES,

Ancien Chef de Clinique Chirurgicale
des Hôpitaux de Paris,

Chirurgien de l'Hôpital Gouin,

qui m'a considérablement aidé dans
la réalisation de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de mon
amitié sincère.

A mon maître Monsieur le Professeur J.L. LORTAT JACOB,

qui a bien voulu me faire l'honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

Qu'il soit ici remercié.

Fixation urétro-vaginale au ligament de Cooper dans le traitement de l'Incontinence Urinaire d'Effort :

INTERVENTION DE BURCH

P L A N

- Introduction
- Rappel Anatomique
- Etiologie
- Diagnostic
- Physiopathologie
- Traitement Chirurgical
- Résultats
- Conclusion

Cette étude nous a été inspirée par Monsieur le Docteur Jean VERGES et par Monsieur le Professeur Albert MOULONGUET, Chef du Service d'Urologie de l'Hôpital Gouin.

En effet, ces deux auteurs ont remarqué la simplicité de l'Intervention de Burch dans le traitement de l'Incontinence Urinaire d'Effort et la constance de ses résultats.

INTRODUCTION

L'incontinence urinaire est l'émission involontaire des urines par la voie anatomique.

C'est une infirmité toujours pénible chez la femme âgée.

L'incontinence urinaire d'effort (I.U.E.) s'individualise comme un syndrome propre au sexe féminin :

- cliniquement: elle est intermittente et exclusivement liée à l'effort,
- radiologiquement: elle est authentifiée sur le colpocystogramme par un comportement morphocinétique particulier de la vessie et de l'urètre,
- manométriquement: le système neuromusculaire intrinsèque est normal.

Les indications thérapeutiques reposent ainsi sur les données d'un examen clinique précis, de la cystomanométrie de l'épreuve d'effort ainsi que sur les données du colpocystogramme.

RAPPEL ANATOMIQUE

Le bas-appareil urinaire comprend la vessie avec ses abouchements urétéraux et l'urètre. Ce dispositif est normalement étanche et continent dans l'intervalle des mictions.

Continence et miction sont réglées par une innervation mixte, à la fois cérébro-spinale et végétative.

L'occlusion physiologique du col de la vessie et de l'urètre permet le remplissage progressif du réservoir par l'urine provenant d'éjaculations urétériques intermittentes.

Ce système est très complexe: il s'étend à toute la longueur de l'urètre par des fibres longitudinales plexiformes, émanant, pour la plupart, du détrusor. Un certain contingent de fibres constitue autour de l'urètre proximal, immédiatement au dessous du col de la vessie, un hémi-anneau antérieur nettement plus épais que l'hémi-anneau postérieur.

Au niveau du trigone, HUTCH a décrit une base plate formée par l'intrication des fibres circulaires moyennes du détrusor avec celles du muscle trigonal de KALISCHER.

Ce dernier s'étend depuis la barre interurétérique jusqu'à la berge postérieure du col vésical.

La muqueuse trigonale adhère intimement à un chorion très vascularisé et présente des îlots de cellules hormono-dépendantes.

Connections pariétales

Chez la femme, l'existence de l'hiatus urogénital, à la partie antérieure du plancher pelvien, assujettit le bas appareil urinaire, comme le conduit utérovaginal à des conditions stato-dynamiques propres à ce sexe.

a - La vessie

Elle est mobile et suspendue vers l'arrière.

Elle est solidement maintenue nettement au dessous du plan des releveurs.

Cet amarrage est assuré, au niveau des bords latéraux de la base de la vessie, jusqu'à son col, par des formations neuro-vasculoconjonctives très denses. Ces lames, comme le plancher trigonal convergent vers l'avant et surtout vers le bas.

Au dessous et dans un plan plus interne, la partie antérieure des lames sagittales de Farabeuf solida-

rise au vagin les bords latéraux de la base vésicale.

b - L'urètre

Il est suspendu vers l'avant.

Sa moitié distale est appendue à l'arc osseux sous-pubien par les solides ligaments sous-pubo-urétraux.

L'urètre proximal n'est pas, comme chez l'homme, enserré dans un anneau fibro-musculaire postérieur rigide (la prostate).

Au total, à l'union des 2 systèmes suspensifs du bas appareil, le col vésical et l'urètre proximal présentent une mobilité privilégiée.

ETIOLOGIE

L'incontinence orthostatique est due à la déficience du sphincter, devenu incapable d'assurer une contraction correcte.

Le plus souvent, cette insuffisance est d'origine traumatique = troubles obstétricaux le plus souvent.

Elle peut se manifester dans les suites immédiates d'un accouchement laborieux; elle est alors temporaire et de bon pronostic.

Mais, le plus souvent, l'incontinence liée à un traumatisme obstétrical apparaît plusieurs années après, à la ménopause.

Plus rarement, elle succède à une disjonction traumatique ou opératoire.

Mais l'incontinence orthostatique peut être due à une aplasie sphinctérienne, aplasie congénitale chez la jeune femme, sans antécédent obstétrical, aplasie sénile chez les femmes âgées.

Enfin, pour certaines incontinences intermit-

tentes en liaison avec les phases d'activité ovarienne, on a invoqué des troubles du tonus d'origine endocrinienne.

DIAGNOSTIC

L'incontinence urinaire à l'effort est l'émission involontaire d'urines par l'urètre, qui survient quand la femme fait un effort: toux, rire, voire simple passage en orthostatisme. En fait, elle peut survenir lors de toute contraction abdomino-thoracique susceptible d'élever la pression intra-abdominale.

On doit donc préférer le terme d'incontinence urinaire d'effort à celui d'incontinence orthostatique.

L'interrogatoire

Précisera :

- l'âge et les antécédents, obstétricaux en particulier
- les conditions de survenue de l'I.U.E.
- sa nature: est-elle pure ?
  existe-t-il la notion de miction impérieuse ?
  existe-t-il une pollakiurie ?

- son importance :

  . bénigne: quelques gouttes d'urine échappent, et seulement pour des efforts caractérisés

  . simple incommodité.

  . majeure: marche, passage de la position assis à la position debout, suffisent à déclencher un flux abondant obligeant à une garniture constante.

L'examen clinique

Il est essentiel pour éliminer les écoulements urinaires d'autre origine :

- l'incontinence de la miction par regorgement, caractérisée par la présence d'un globe vésical,

- celle de l'urétrocèle qui se vide en position debout,

- ou celle de la fistule vésico-vaginale de petite dimension, qui permet l'accumulation d'urines dans le vagin en position couchée, et son issue lorsque la malade se relève,

- certaines incontinences d'origine nerveuse ou l'abouchement de l'uretère ectopique peuvent aussi, mais plus rarement, simuler l'incontinence d'effort.

Au cours de l'examen, on apprécie la statique périnéale et l'existence d'une cystocèle associée.

La cystocèle s'accompagne volontiers d'insuffisance sphinctérienne, mais cette association n'est pas constante et dans l'incontinence orthostatique véritable, il n'y a pas de prolapsus et le périnée a conservé sa tonicité.

Certes un bon examen clinique, une grande habitude peut prévoir les incontinences majeures (femmes qui se garnissent en permanence), les incontinences mineures et les incontinences cachées des grands prolapsus que leur traitement va révéler par une bascule vers le haut d'une grande vessie.

Toutefois, l'imprécision est souvent la règle et c'est ce qui a amené à faire régulièrement :

- une épreuve d'effort avec cystométrie,
- parfois même une cystomanométrie.

A - L'épreuve d'effort avec cystomanométrie

Sur la malade en position gynécologique, un cystoscope est introduit avec douceur.

On note l'existence d'un résidu possible.

Puis, après l'exploration endoscopique, on me-

sure très régulièrement la quantité d'eau introduite de 50 cm3 en 50 cm3, avec chaque fois retrait de l'instrument et demande à la malade un effort de toux, seul, de poussée abdominale seule, d'un effort conjugué des deux.

Les réponses sont notées, avec le début des fuites, la nature de ces fuites, (effort de poussée seul, ou effort des deux mouvements conjugués) et la quantité correspondante.

Si la fuite survient de 50 à 150 cm3, l'I.U.E. est considérée comme majeure.

Si la fuite survient au-delà de 200 cm3, l'I.U.E. est considérée comme mineure.

Cette méthode d'exploration apparaît simple, facile à appliquer, avec un minimum de matériel, donc apte à se généraliser et à rendre de réels services pratiques.

B - La cystomanométrie

La cystomanométrie est une épreuve plus complexe, car elle nécessite un cystomanomètre pour étudier les pressions vésicales et la pression du sphincter.

Le tonus de base vésical est de 10 à 15 cm3 d'eau, début du remplissage.

Le tonus sphinctérien autour de 50 cm3 chez la femme.

En position allongée, la courbe n'est guère perturbée, mais les efforts involontaires assurent des fuites dont on peut mesurer alors exactement la pression souvent faible 30-35 cm3. C'est la pression de fuite et la capacité: survenue à 130 cm3 (par exemple).

Cet examen clinique montre souvent, associé à l'incontinence, un prolapsus vaginal. Parfois, le prolapsus est seul apparent.

La seule cure du prolapsus vaginal entraînera une incontinence d'effort dans les suites opératoires immédiates. Ainsi doit-on rechercher ces incontinences urinaires potentielles avant toute intervention pour prolapsus vaginal. Pour ce faire, il faut réduire le prolapsus sur table d'examen et le maintenir réduit par une compresse montée sur une pince ou valve de speculum, en demandant alors à la patiente de pousser.

Une incontinence urinaire d'effort peut alors se révéler. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et le diagnostic radiologique des incontinences potentielles est un des intérêts du colpocystogramme.

LE COLPOCYSTOGRAMME

Le comportement cinétique viscéral est étudié sur des radiographies pratiquées de profil chez la femme placée en position debout, après opacification préalable des trois viscères pelvi-périnéaux: bas- appareil urinaire, tube génital et segment ano-rectal du tube digestif.

Un premier cliché est pris pendant l'effort de retenir, un deuxième cliché pendant la poussée d'effort.

Les films montrent :

- le cadre osseux pelvien,
- l'image vésicale,
- le repère du méat urétral,
- la sonde visualisant la direction de l'utérus,
- le vagin et le segment ano-rectal opacifiés.

Sur un papier transparent, on dessine en traits pleins les repères du cadre osseux, en traits séparés, les contours viscéraux du premier cliché et en traits pointillés les contours viscéraux du second cliché.

Ainsi se définissent une "position I" correspondant à la position du plancher pelvien, et une "position II" de poussée abdomino-thoracique.

On peut refouler la paroi postérieure ou anté-

rieure du vagin, ou l'utérus pendant l'effort de poussée, pour visualiser sur le cliché un élément de prolapsus masqué par celui que l'on refoule de cette façon. Ce cliché supplémentaire définit une "position III".

Place du colpocystogramme

Il serait sûrement excessif d'affirmer que le colpocystogramme doit maintenant participer au bilan de tout prolapsus. Ceci n'est vrai que pour les services dans lesquels cette affection fait l'objet de recherches anatomophysiologiques et thérapeutiques.

Il semble cependant utile :

a - dans l'étude des incontinences urinaires. Il permet d'identifier les incontinences urinaires d'effort, car celles qui ne sont pas strictement liées à l'effort donnent à observer une évolution du bas-appareil urinaire dans les limites physiologiques (c.à.d. dans l'excavation pelvienne) qu'il y ait ou non fuite occasionnelle des urines.

b - dans le diagnostic des colpocèles postérieures où il permet d'affirmer ou non l'existence d'une élytrocèle. Celle-ci se traduit par le décollement, au moins à l'effort, de l'image vaginale et du bord antérieur de l'image rectale.

c - dans les récidives et les complications post-opératoires, où il permet d'analyser avec précision les détériorations.

PHYSIOPATHOLOGIE

Plusieurs mécanismes sont invoqués pour expliquer l'I.U.E.

- disparition de l'angle urétro-vésical postérieur qui existe normalement au repos et qui s'efface physiologiquement lors du premier temps de la miction;
- raccourcissement de la longueur de l'urètre;
- modification de son inclinaison;
- d'autres voient une insuffisance des sphincters urétraux. Ces sphincters seraient incapables, chez l'incontinente, de s'opposer à l'augmentation de pression que crée l'effort dans le réservoir vésical.

Mécanismes de la continence physiologique à l'effort

A - Au repos

La continence d'urines dans la vessie est contingente d'une pression urétrale juxta-vésicale supérieure à la pression intra-vésicale.

Cette pression différentielle est de 10 millibars. On l'attribue au tonus des fibres musculaires lisses qui entourent le col vésical (classique sphincter lisse).

B - A l'effort

Les manométries montrent une même augmentation de pression dans la vessie et dans le segment d'urètre situé au dessus du sphincter strié. Cette pression urétrale juxta-vésicale reste légèrement supérieure à la pression juxta-vésicale.

Il s'agit d'un phénomène passif dû probablement au maintien du tonus urétral juxta-vésical. Il suggère que la vessie et l'urètre sont tous deux situés dans l'enceinte manométrique abdominale.

La persistance du gradient de pression entre l'urètre proximal et la vessie suffit alors à assurer comme au repos la continence normale à l'effort.

Au niveau du sphincter strié, les manomètres montrent que la pression à l'effort peut être supérieure à la pression intra-vésicale: il n'a donc pas de rôle dans la continence à l'effort.

Ces résultats manométriques doivent être comparés à ceux de la cinétique viscérale pelvienne.

Le radiocinéma et le colpocystogramme montrent qu'à l'effort, la base de la vessie se déplace vers le bas et surtout vers l'arrière.

Les deux berges du col vésical subissent le même déplacement, leur accolement restant maintenu.

L'angle urétro-vésical postérieur qui existe au repos peut alors s'effacer sans que la patiente soit incontinente.

Cette mobilité du bas-appareil urinaire s'explique anatomiquement par le jeu de la musculature pelvi-périnéale qui épaule la face postérieure de la jonction vésico-urétrale (faisceau pubo-coccygien des muscles releveurs) alors que la face antérieure est reliée avec une certaine élasticité à la région de la symphyse pubienne par les ligaments sous-pubo-vésicaux et urétraux qui n'ont donc pas la rigidité qu'il était classique de leur attribuer.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'I.U.E.

D'innombrables techniques chirurgicales ont été proposées pour le traitement de l'I.U.E.

Leur but, en règle générale, est d'élever le col vésical, ce qui corrige sa ptose, et presque toujours, d'épauler son système de clôture, ce qui empêche sa vésicalisation.

Nous distinguerons :

1 - Les soutènements cervicaux urétraux :

Ils visent à soulever vers l'avant, col vésical et urètre, par renforcement des tissus qui leur sont sous-jacents.

Ils sont réalisés par voie basse.

L'intervention type est l'intervention de MARION: réalisant un hamac sous l'urètre et le col vésical, qui réunit, sur la ligne médiane, les éléments fibro-musculaires situés de part et d'autre de l'urètre entre les branches ischio-pubiennes.

C'est une intervention rapide et bénigne.

Cependant, elle se complique parfois de nécroses urétrales, voire de fistules cervico-vaginales. Ces échecs sont importants: de l'ordre de 50%.

2 - Les suspensions antérieures de la jonction urétro-vésicales ou cervico-cystopexies :

Elles visent à solidariser la jonction urétro-vésicale à la paroi abdomino-pelvienne. Elles sont réalisées par voie haute.

On en distinguera deux types :

- intervention directe :
  l'amarrage porte sur le tractus urinaire lui-même.
  L'intervention type est l'intervention de PERRIN.

- intervention indirecte :
  l'amarrage est effectué par l'intermédiaire d'un autre appareil.
  Ce sont ces méthodes indirectes qui nous retiendront ici.

Nous distinguerons, parmi ces méthodes indirectes :

a) Les opérations qui cravatent l'urètre par une bandelette passée sous l'urètre et fixée à la paroi abdominale antérieure.

Ainsi, l'urètre est attiré en avant et en haut, l'angle cervico-urétral est rétabli.

L'intervention type est l'intervention de GOEBELL-STOECKEL.

b) Les opérations qui suspendent l'urètre en le fixant à la paroi abdominale.

Le type en est l'intervention de MARSHALL-MARCHETTI KRANTZ, qui est une des plus employée dans les pays anglo-saxons, dont dérive l'intervention de BURCH.

Principe : Urètre et col vésical sont remontés et fixés à la face postérieure du pubis et à la paroi abdominale antérieure par l'intermédiaire du vagin faisant hamac.

Technique :

La malade est placée en décubitus dorsal, légèrement déclive.

Une sonde auto-fixatrice à ballonnet de 5 cm3 est introduite dans la vessie pour vider le réservoir, et surtout pour repérer commodément le col.

Une bougie est introduite dans le vagin préalablement désinfecté, tenue par l'aide qui pousse vers le haut pour faire monter les coupoles vaginales.

L'intervention débute par une médiane sous-ombilicale ou mieux, par une incision de PFANNENSTIEL.

Après écartement des muscles droits et incision du mince fascia transversalis, on dégage du bout des ciseaux mousses la face antérieure de la vessie, refoulant le cul de sac péritonéal. On met en place un écarteur orthostatique de Gosset.

Du bout des ciseaux, ou au tampon, on dégage la paroi latéro-vésicale et on met en place 2 valves de Leriche. La bougie vaginale aide à cette dissection; il faut dégager la coupole en écartant les vaisseaux vésico-vaginaux très fragiles: hémostase au fil au besoin.

Mise en place des fils :

Ils sont placés à l'aide d'une aiguille courbe assez forte à sinus du côté de la convexité montée de fils non résorbables solides (nylon n° 1).

Trois points non perforants sont passés de part et d'autre des coupoles vaginales et sont fixés latéralement au ligament de Cooper.

Ainsi les coupoles vaginales vont monter et viennent s'adosser à la branche ischio-pubienne.

L'intervention est terminée par le drainage du Retzius par un drain aspiratif.

Une sonde urétrale est posée et laissée en place pendant 6 jours.

Ainsi, un tissu fibreux va se former, qui assurera le maintien de la tension du plancher vésico-vaginal.

HISTORIQUE

C'est en Mai 1958 que BURCH a utilisé pour la première fois cette technique.

La publication originale porte sur 53 malades.

C'est par hasard que BURCH pratiqua ce type d'intervention. Un jour, en faisant une intervention type Marschall Marchetti Krantz, la suture sur le périoste se déchira, et il lui fallut chercher une autre prise.

Comme la ligne blanche est acceptée comme origine du fascia entourant le vagin, il lui sembla raisonnable et atomiquement correct de suturer le fascia périvaginal à la ligne blanche, et le muscle releveur sous-jacent avec 3 points séparés de chaque côté.

Cette manoeuvre donna une restauration satisfaisante de l'anatomie normale du col de la vessie et en plus, une correction surprise de la plupart des cystocèles comprenant la base de la vessie.

BURCH pratiqua plusieurs interventions avec cette technique. La ligne blanche cependant a le même dé-

savantage que la symphyse: les sutures tiennent pauvrement.

C'est ce qui amènera BURCH à utiliser le ligament de Cooper. C'est une bande épaisse de tissu fibreux courant le long de la partie supérieure de la branche supérieure du pubis. Ce ligament est bien connu des chirurgiens; par voie inguinale, il s'agit d'une structure courte, mais vu de l'abdomen, il est long de plusieurs centimètres.

Plusieurs points sont à remarquer :

1) La distinction du bord de la vessie n'est pas toujours aisée, spécialement chez l'obèse, et en passant le point dans le fascia périvaginal, on peut facilement pénétrer dans la vessie.

   C'est pourquoi BURCH utilise une méthode simple: il instille 30 à 40 cm3 de lait stérile dans la vessie. Ainsi, si la vessie est perforée, le lait jaillit.

2) Comme matériel de suture, BURCH emploie du catgut chromé n°2, parfois même du fil d'acier.

RESULTATS

Nous distinguons deux périodes qui correspondent à deux types d'interventions pratiquées dans le service d'urologie de l'hôpital Gouin - chef de service, Docteur MOULONGUET.

- 85 malades opérés dans le service pour I.U.E. jusqu'en 1970 par la technique de GOEBBEL STOECKEL, dont 12 par Burch,

- 32 malades opérés par la technique de Burch de 1970 à 1975, tant dans le service qu'en pratique privée (Dr. VERGES).

Nous avons classé les résultats en trois catégories :

I - I.U.E. majeure ± cystocèle

2 - I.U.E. avec cystorectocèle ou hystérocèle

3 - I.U.E. de 2ème main.

STATISTIQUES

JUSQU'EN 1970

Sur 85 malades :

- 39 cas d'I.U.E. majeure ± cystocèle,
- 22 cas d'I.U.E. + cystorectocèle,
- 24 cas d'I.U.E. de 2ème main.

Hôpital GOUIN, Service d'Urologie: Dr MOULONGUET
Dr VERGES.

I.U.E. MOYENNE ± CYSTOCELE (39 CAS)

1°) G.S. isolé: 27 cas
- 18 TB d'emblée
- 9 échecs
  - 4 B avec BURCH
  - 3 B avec reprise de la bandelette à la peau.

2°) Deux suspensions par peau ou nylon : Bien

3°) Dix procédés de suspension haute isolée

- 6 BURCH : Bien
- 4 PERRIN :
  - 3 B
  - 1 Echec

AU TOTAL :

39 malades
- 29 très bons résultats par G.S.
- 10 échecs
  - réussite par BURCH.

I.U.E. + CYSTORECTOCELE (22 CAS)

1°) I.U.E. Mineure : 9 cas

9 bons résultats par l'association aux périnéorraphies et 1 fois au Rouhier d'une plicature sous-urétrale soigneuse de Marion.

2°) I.U.E. Majeures : 13 cas

1 échec. Association 13 fois: un Goebbel-Stoeckel aux périnéorraphies classiques.

AU TOTAL :

Sur 22 cas: 1 seul échec.

I.U.E. DE 2ème MAIN (24 CAS)

1°) 14 fois G.S. seul avec 5 échecs dont un seul définitif

Les 4 autres furent repris: 2 guérissent à la première reprise: par bandelette peau 1, par Marschall 1.

2°) 6 fois G.S. + Périnéorraphies: 3 échecs dont un seul définitif.

Les autres ont été guéris à la première reprise à la peau.

3°) 3 fois Fronde en Peau d'Emblée: 3 bons résultats.

4°) 1 fois Périnéorraphie Complémentaire :

Reprise devant l'échec avec bandelette nylon.

AU TOTAL :

24 cas — 1 échec
24 cas — 23 bons résultats, dont 4 BURCH.

RESULTAT

85 Malades

- GOEBBEL STOECKEL : 73 cas: 15 échecs
- BURCH : 12 cas: 0 échec

1970 - 1975

Sur 32 malades :

- 20 cas d'I.U.E. Majeure ± cystocèle,

- 7 cas d'I.U.E. + cystorectocèle,

- 5 cas d'I.U.E. de 2ème main.

I.U.E. MAJEURE ± CYSTOCELE

20 cas
- 17 T.B. d'emblée
- 3 moyens

I.U.E. + CYSTORECTOCELE

7 cas
- 6 T.B.
- 1 Moyen

I.U.E. DE 2ème MAIN

5 cas
- 4 Excellent
- 1 Echec définitif.

AU TOTAL :

32 cas
- 27 Très Bons Résultats d'Emblée
- 4 Résultats Moyens (garniture)
- 1 Echec Définitif (sonde)

TABLEAU COMPARATIF

	GOEBBEL STOECKEL	BURCH
I.U.E. ± Cystocèle	27 — 18 T.B. / 9 échecs	31 — 28 T.B. / 3 moyens
I.U.E. + Cystorecto.	22 — 1 échec	7 — 6 T.B. / 1 moyen
I.U.E. 2ème Main	24 — 7 échecs	9 — 8 T.B. / 1 échec.

TABLEAU RECAPITULATIF

1970	1970-1975
GOEBBEL-STOECKEL : 73 cas: 15 échecs	
BURCH : 15 cas: 1 échec	BURCH : 32 cas → 27 T.B. 32 cas → 3 Moyens 32 cas → 1 Echec

DISCUSSION

Ainsi, on remarque :

- dans les I.U.E. majeures ± cystocèle :

3 échecs sur 31 malades opérés par la technique de Burch, alors que par la technique de Goebell-Stoeckel, on a 9 échecs sur 27.

- dans les I.U.E. + cystorectocèle :

Pas d'échecs par la technique de Burch alors que l'on a 1 échec sur 22 cas par la technique de Goebell-Stoeckel

- dans les I.U.E. de 2ème main :

Le résultat est encore plus net :

1 échec sur 9 Burch

7 échecs sur 24 Goebell-Stoeckel.

Ainsi, dans tous les cas, la technique de Burch donne des résultats excellents et aboutit à la guérison de l'incontinence urinaire d'effort.

Il s'agit d'une intervention simple.

Les résultats les plus significatifs sont retrouvés chez les malades ayant déjà été opérés par une autre technique.

CONCLUSIONS

L'expérience de la fixation urétro-vaginale au ligament de Cooper montre que ce type d'intervention est excellent dans le traitement de l'Incontinence Urinaire d'Effort. Elle donne de plus d'excellents résultats sur les cystocèles, quel que soit leur type.

Elle peut être associée à une hystérectomie par voie abdominale et à une périnéoraphie dans le traitement des prolapsus utérins.

-:-

Vu :

Le Président de Thèse :

Signé : J.L. LORTAT-JACOB

Vu :

Le Doyen de la Faculté
de Médecine Xavier Bichat :

Signé : J. BAUMANN

Vu et permis d'imprimer :

Le Président de l'Université :
Paris VII :

Signé : Michel ALLIOT

BIBLIOGRAPHIE

BETHOUX A. et J.P. SCALI, P. BLONDON J. et MADELENAT P. Traitement de l'incontinence urinaire d'effort. Encycl. Med. Chir. Paris Gynéco. 6. 1975, 300, A.20

BURCH J.C. - La suspension urétro-vésicale au ligament de Cooper, pour incontinence par stress. - Am. J. Obst. Gyn., 15 Mars 1968, 100, n°6, 764-774, 7 tabl.

GORI R.M., MILNER A., SEOANE A., ret. COSTA J.E. - Colpo-ligamentopexie de Burch dans l'incontinence d'urine à l'effort chez la femme. - Prensa méd. arg. scand., 8 Août 1969, 56, n° 23, 1093-1096.

HUGUIER T - Communiqué au Congrès de Chirurgie 1970.

NIELSEN E. et LUNDVALL F. - Fixation urétro-vaginale au ligament de Cooper (Burch) dans le traitement de l'incontinence.- Acta chirur. scand., 1973, suppl. 433, 118-120.

SCALI P., BLONDO J., BETHOUX A. et GERARD M. - Les opérations de soutènement-suspension par voie haute dans le traitement des prolapsus vaginaux. - J. Gyn. Obst. Biol. Repr., 1974, 3, n°3, 365-378, 6 fig.

SIRBU P. et ALBESCU I. - La valeur de la vaginopexie aux ligaments de Cooper (opération de Burch) dans le traitement de l'incontinence d'urine. - Am. J. Obst. Gyn., 1 Août 1966, 95, n° 7, 975-978.

SIRBU P. et ANCA C. - Vaginopexie aux ligaments de Cooper dans le traitement de l'incontinence urinaire de la femme. - Gyn. prat., 1972, 23, n° 4, 169-172.

VERGES Jean - Communiqué au Congrès de Chirurgie 1970.

-:-

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

-:-